

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 127

Contribution à l'Etude
des
INONDATIONS PERITONEALES

par
rupture de Grossesse Ovarienne

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 24 JUILLET 1942

par **Jean DOCHÉ** de LAQUINTANE

Médecin-Auxiliaire

Élève du Service de Santé de la Marine
et des Troupes Coloniales

Ancien Externe des Hôpitaux de Bordeaux

né le 17 Octobre 1913 à SAINT-FORT-s/Gironde (Char. Mar.)

Examineurs de la thèse {	MM. MASSABUAU,	Professeur	Président
	AIMES,	Professeur	
	ROUX,	Agrégé	Juges
	CADERAS de KERLEAU, ag		

Ateliers BRUGUIER

Square Antonin - NIMES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

Contribution à l'Etude
des
INONDATIONS PERITONEALES

par
rupture de Grossesse Ovarienne

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 24 JUILLET 1942

par **Jean DOCHE de LAQUINTANE**

Médecin-Auxiliaire

Élève du Service de Santé de la Marine

et des Troupes Coloniales

Ancien Externe des Hôpitaux de Bordeaux

né le 17 Octobre 1913 à SAINT-FORT-s/Gironde (Char. Mar.)

Examineurs de la thèse	{	MM. MASSABUAU,	Professeur	Président
		AIMES,	Professeur	
		ROUX,	Agrégé	{ Juges
		CADERAS de KERLEAU, ag		

Ateliers BRUGUIER

Square Antonin - NIMES

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Chaires:	Professeurs	MM.
Anatomie		J. DELMAS.
Histologie		TURCHINI.
Physiologie		HEDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie		CRISTOL.
Physique médicale		PECH.
Anatomie pathologique et médéc. expériment.		BAUMEL.
Microbiologie		LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales		PAGES.
Thérapeutique et matière médicale		JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		PUECH.
Hygiène		CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale		VIDAL.
Pathologie médic. et clin. propédeutique		BOULET.
Clinique médicale		L. RIMBAUD.
—		GIRAUD, doyen.
Clinique Chirurgicale		MASSABUAU, ass.
—		RICHE.
Clinique obstétricale		P. DELMAS.
Clinique des maladies ment. et nerveuses		EUZIERE, doyen h.
Clinique des maladies des enf. et hyg. du 1er âge ..		BOUDET.
Clinique de dermato-syphiligraphie		MARGAROT.
Clinique chirurg. infantile et orthopédie		ETIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU.
Clinique gynécologique		LAPEYRE.
Clinique ophtalmologique		DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale. ..		TERRACOL.
Chargés de cours:		
Anatomie		LAUX.
Histologie		GRANEL.
Radiologie		LAMARQUE.
Propédeutique chirurgicale		AIMES.

Professeurs honoraires

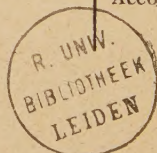
MM. TEDENAT, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS, CABANNES,
VILLARD, GRYNFELTT, GALAVIEILLE, VIRES, BOSC,

Chargés d'enseignements complémentaires

	MM.
Chimie	MONNIER, agrégé.
Microbiologie	CARRERE, agrégé.
Histoire naturelle médicale	HARANT, agrégé.
Pharmacologie	
Pathologie médicale	
—	
Propédeutique médicale	BOUCOMONT, agr.
Clinique intérieure	BERT, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses	P. RIMBAUD, agr.
Clinique de la tuberculose	PUECH, Professeur.
Pathologie chirurgicale	JANBON, profess.
—	VIDAL, professeur.
—	MOURGUE-
—	MOLINES, agrégé
Chirurgie expérimentale	TRUC, agrégé.
Médecine opératoire	GUIBAL, agrégé.
Accouchements	ROUX, agrégé.
—	CADERAS
Stomatologie	de KERLEAU, ag.

Agrégés en exercice :

	MM.		MM.
Médecine ...	P. RIMBAUD.	Chirurgie ..	MOURGUE-MOLINES
— ...	BOUCOMONT.	— ..	GUIBAL
— ...	BERT.	— ..	ROUX
— ...	LAFON, chargé d'agr.	Urologie ...	TRUC.
Chimie	MONNIER.	Accouchem.	CADERAS
Bactériologie	CARRERE.		de KERLEAU.
Hist. N. méd	HARANT.		



A MON PERE ET A MA MERE

En témoignage de ma profonde affection et de ma trop faible reconnaissance.

A MES SŒURS

A MES PARENTS

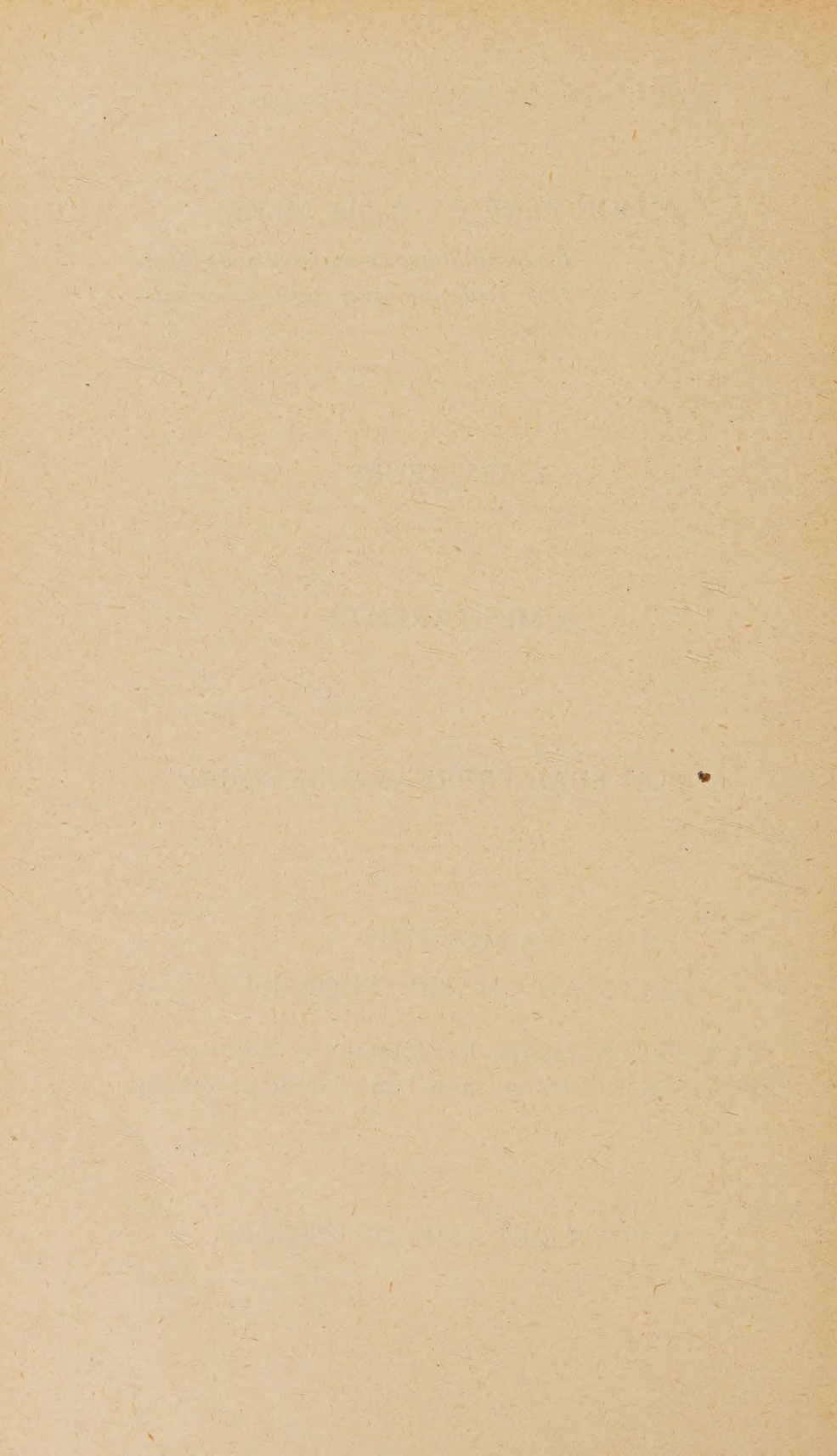
A MON BEAU-FRERE encore en captivité

A MES AMIS

MORTS AU CHAMP D'HONNEUR:

LAPORTE, Interne des Hôpitaux de Bordeaux
et DUBOURG Pierre, mon camarade de promotion

A TOUS MES AMIS DE L'ECOLE



A Monsieur le Médecin Général SOLCARD

Associé National de l'Académie de Chirurgie,
Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine
et des Troupes Coloniales,
Officier de la Légion d'Honneur.
Croix de Guerre

A Monsieur le Médecin en Chef VARACHE

Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine
et des Troupes Coloniales,
Officier de la Légion d'Honneur,
Médaille Militaire,
Croix de Guerre.

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur MASSABUAU

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine
de Montpellier,
Officier de la Légion d'Honneur.
Croix de Guerre 1914-1918

A MON JURY DE THESE

A Monsieur le Docteur JOYEUX

Chef de la Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine
de Montpellier.

A Monsieur le Docteur GUIBERT

Chef de Laboratoire des Cliniques à la Faculté de Médecine
de Montpellier

Visa de la Censure du 2 Juillet 1942

N° T 13

INTRODUCTION

La grossesse ovarienne quoique d'histoire récente est actuellement bien connue par les nombreuses observations publiées; nous donnons à la fin de ce mémoire une liste de cas pris dans la littérature; nous les avons numérotés et y renverrons souvent le lecteur; le relevé n'en est pas complet, la majorité se trouvant dans des publications étrangères qui nous ont manqué. Nous rapportons ici une observation que nous devons à l'obligeance du Professeur MASSABUAU, de Montpellier; ce cas survenu dans son service nous a semblé mériter une étude: en premier lieu parce que c'est une grossesse ovarienne par conséquent une grossesse extra-utérine rare, et deuxièmement parce que cette grossesse ovarienne a provoqué une inondation péritonéale.

OBSERVATION

Mme C... entre le 17 Avril 1942 dans le service pour douleurs abdominales; le 16 Avril à 4 heures de l'après-midi après une marche, douleurs très vives, diffuses dans tout l'abdomen, ne l'empêchant pas cependant de rentrer chez elle à pied et de vaquer à ses occupations jusqu'au matin; dans la soirée du 16 après un repas, deux vomissements. Le 17 à son entrée, douleurs moins vives; pas de nausées, dernières règles il y a un mois exactement, quelques pertes blanches; à l'examen pâleur très prononcée, température 37°6, pouls 90, petit, T. A. 9-6, abdomen légèrement ballonné, mais respirant bien, douleurs dans la région sous ombilicale surtout à gauche dans la région ovarienne; le Douglas est douloureux, dur, tendu, le cul de sac gauche légèrement douloureux à la pression. On demande l'intervention pour diagnostic de rupture de grossesse extra-utérine gauche.

Laparatomie: inondation péritonéale, sang liquide et caillots. Trompe globuleuse, non rompue recouverte de petites membranes rouges: sur l'ovaire gauche présence d'orifices donnant accès à l'intérieur de l'ovaire à une cavité grosse comme un pois chiche représentant la cavité où l'œuf avait commencé à se développer; dans le Douglas on trouve un caillot qui semble

être l'œuf, 220 cc. du sang répandu dans le péritoine sont réinjectés dans la veine médiane basilique. La malade se recoloré, son pouls se raffermir.

Examen anatomo-pathologique. — Le laboratoire répond :

Fragment I: villosités choriales ? — Ce qui domine ce sont des éléments hémofibrino-leucocytaires; il s'y ajoute des placards syncytiaux indiscutables, sans villosités choriales cependant.

Le fragment 2 est bien un fragment d'ovaire. On y observe une prolifération anormale de cellules lutéiniques qui donnent l'impression, en certains points, d'infiltrer le tissu ovarien à la manière d'éléments néoplasiques. Il est difficile de préciser si cette hyperplasie désordonnée est douée de caractère histologique certains de malignité.

Fragment 3 (œuf trouvé dans le péritoine).

Ici on a affaire à des végétations papilliformes munies d'un revêtement composé de deux assises cellulaires: l'externe syncytiale, l'interne épithéliale. C'est là la structure typique du revêtement des villosités choriales reconnaissables aussi à leur axe conjonctivo-vasculaire central.

Ainsi donc, ce tissu vilieux trouvé dans le péritoine représente bien un cheveu de villosités choriales.

HISTORIQUE - FREQUENCE - ETIOLOGIE ET PHYSIOPATHOGENIE DES GROSSES- SES OVARIENNES.

HISTORIQUE.

MERCIER songea le premier à la possibilité de grossesses ovariennes; plus tard, COLLET-Y-GIURGINI en fit une étude historique complète, cependant mise en doute par WEBSTER, LAWSON-TAIT, BLAND, SUTTON parce qu'antérieure à l'anatomo-pathologie. Mais par l'étude poussée du cas KOUWER, CATHARINA VAN TUSSENBROEK, montra qu'un ovule fécondé peut se développer dans un follicule de De Graaf, puis en 1902 THOMSON aux Etats-Unis, rapporta un cas suivi bientôt par celui d'HERREN-SCHMITT en 1906. En 1909 paraissent les mémoires de MORRIS et MITCHEL et en 1916-17 celles de LOCKYER ; les publications sont surtout étrangères. En France cependant en 1902 paraissent la thèse de DOCHE; en 1913, l'étude de PAUCOT et DEBEYRE, en 1925 la contribution à l'étude des grossesses ovariennes de MOULONGUET-DOLÉRIS.

En Italie (1920) FOSSATI publie un historique des grossesses ovariennes, puis STEIN LEVENTHAL en 1927, GERSTEL, REINEKE, en 1931, STYSKALOVA à

Brno en 1935, ajoutent à la liste déjà importante des cas, leurs propres travaux; cependant le nombre des grossesses ovariennes observées n'en reste pas moins restreint.

FRÉQUENCE.

Il est difficile d'établir un pourcentage des grossesses ovariennes; beaucoup d'observations sont douteuses; en Mai 1908 NORRIS et MITCHEL classèrent les cas publiés; ils trouvent: 16 grossesses certaines, 9 très probables, 19 probables. MOULONGUET DOLÉRIS (1925) réunissent 77 cas et GERSTEL 200, auxquels REINECKE en ajoute 2 en 1931. Pour les années 1919-1935 STYSKALOVA a établi une statistique et a trouvé 7 grossesses ovariennes pour une abdominale et 314 tubaires. Ainsi que nous le voyons, le problème de la fréquence des grossesses ovariennes semble difficile à résoudre; il est certain qu'elles sont rares.

ETIOLOGIE.

Au sujet de l'étiologie des grossesses ovariennes on ne peut que constater une concomittence fréquente au point de vue clinique des endo-salpingites, des pelvi-péritonites, et de ce groupe de grossesses extra-utérines. Dans l'observation que nous présentons la malade a eu quelques pertes blanches qui laissent croire à l'existence d'une métrite. Parmi les observations relevées dans la littérature nous trouvons trois cas de grossesse ovarienne avec adhérences de pelvi-péritonite, 16 cas avec antécédents gynécologiques chargés, 57 cas avec lésions

inflammatoires, et 75 cas avec inflammation péritonéale. Cette question de la concomitance des inflammations gynécologiques et des grossesses ovariennes peut avoir son importance au sujet de l'auto-transfusion et du pronostic.

PHYSIOPATHOGENIE, DE LA NIDATION DE L'ŒUF SUR L'OVAIRE.

Pour qu'il y ait grossesse ovarienne il faut que l'œuf soit fécondé au moment de la ponte ou au moment de la ponte qu'il nide au lieu même où il a mûri et dont il devrait s'éloigner. Pourquoi cette fécondation précoce ? Par quel mécanisme les infections pelvi-péritonéales, endo-salpingiennes, puisqu'elles semblent être en cause, interviennent-elles ?

A priori il apparaît que toutes les hypothèses sur la physiopathogénie des grosses ectopiques en général valent pour la grossesse ovarienne, et que toutes les causes susceptibles d'arrêter un œuf dans l'oviducte peuvent entraîner son immobilisation avant qu'il ne pénètre dans le pavillon. C'est pourquoi nous ne nous étendrons pas sur ce sujet.

DIAGNOSTIC ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE LA GROSSESSE OVARIENNE

Si les essais d'explication des problèmes de l'étiologie et de la physiopathogénie des grossesses ovariennes comme des grossesses extra-utérines constituent une source de nombreuses hypothèses, SPIEGELBERG, LÉA conclurent en faveur du diagnostic anatomo-pathologique en formulant les résultat qu'un examen doit donner pour prouver la réalité d'une grossesse ovarienne: la trompe doit être intacte, sans rapport avec le kyste fœtal, sans lésion de grossesse tubaire primitive. Le kyste fœtal doit être relié à l'utérus par le ligament utéro-ovarien. L'œuf doit être entouré de toutes parts par du tissu ovarien.

En conséquence, nous nous sommes demandés si le cas que nous rapportons est bien un cas de grossesse ovarienne. Par l'examen microscopique M. JOYEUX trouvait: des trompes globuleuses, sans trace de rupture ce qui exclue la grossesse ampullaire et la grossesse isthmique. Le pôle latéro-supérieur de l'ovaire gauche porte une cavité qui constitue, sans aucun doute, le nid de l'œuf; elle est ouverte à l'extérieur il y a donc eu avortement ovarien. Le caillot trouvé dans le péritoine est bien un œuf puisqu'il est entouré d'un chevelu de villosités choriales typiques.

Seul le diagnostic porté sur le fragment ovarien est hésitant mais il importe peu puisque la trompe est normale, que l'œuf est entouré de toutes parts par du tissu ovarien. Il est donc évident que nous nous trouvons en présence d'un cas de grossesse ovarienne. Le fragment 2 qui répond à la portion d'ovaire entourant le kyste fœtal n'est sans doute autre chose qu'un corps jaune dont la prolifération a pu être à première vue interprétée comme élément néoplasique. Cet œuf s'est rompu et a provoqué une inondation, comme dans presque toutes les observations publiées ou nous voyons: «caillots, sang liquide», exactement comme dans la nôtre. (Obs. 4, 9, 10, 15, 16, 24, 25, 26, 33, 34, 37, 38, 52, 53, 54, 59, 62, 63, 65, 66, 68, 69, 72, 73, 74, 79, 86, 92).

HISTORIQUE DES HÉMORRAGIES

PÉRITONÉALES

Les hémorragies intra-péritonéales sont connues depuis fort longtemps, il faut remonter aux travaux de RÉCAMIER en 1831, de BERNUTZ en 1843 et de NÉLATON en 1851, pour retrouver l'histoire des premiers hématocèles enkystés. Presque en même temps, en 1853 ARAN rapporte des cas d'hémorragie diffuse, et à la suite de ses travaux, différents auteurs: VIRCHOW, BERNUTZ, RICHET, émirent différentes théories pathogéniques. C'est à DENUcé et surtout à LAW-

SON-TAIT que nous devons cette notion de la prépondérance des hémorragies intra-péritonéales par rupture de grossesse extra-utérine, mais actuellement il faut faire une place à part aux inondations péritonéales par grossesse ovarienne et aux hémopéritoinies sans grossesse extra-utérine, notions qui ajoutent un élément de complexité au Diagnostic.

— PATHOGÉNIE DES HÉMORRAGIES PÉRITONÉALES PAR RUPTURE DE GROSSESSE OVARIENNE.

C'est surtout par l'étude anatomo-pathologique du processus de la nidation ovarienne que nous croyons pouvoir donner de meilleures explications de la pathogénie des inondations, dans les grossesses ovariennes.

D'après les travaux, les observations trouvées dans la littérature, il ressort que la grossesse ovarienne se présente sous deux aspects cliniques bien différents: d'une part les grossesses ovariennes jeunes, d'autre part les grossesses ovarienne âgées. La grossesse ovarienne jeune se présente aux yeux du chirurgien soit sous l'aspect d'un ovaire rompu ou non, portant à un de ses pôles un gros caillot, soit sous l'aspect d'un caillot libre au milieu de l'épanchement péritonéal qui a suscité l'intervention. On conçoit ainsi que le diagnostic microscopique de grossesse ovarienne soit difficile et qu'il faille faire appel à l'anatomo-pathologie. La

grossesse ovarienne âgée, au contraire, est plus évidente, mais l'œuf modifie à tel point l'ovaire par son pouvoir d'expansion que le diagnostic de la situation ovarique devient très difficile. Selon MOULONGUET-DOLÉRIS «dans la grossesse ovarienne jeune, c'est la grossesse qui doit être démontrée, dans la grossesse ovarienne ancienne c'est l'ovaire qui doit être retrouvé.»

I. — GROSSESSE JEUNE DANS LE FOLLICULE DE DE GRAAF.

D'après les observations, les résultats microscopiques présentent de grandes analogies: si la grossesse est très jeune, intra-ovarienne, la forme de l'ovaire n'est pas modifiée; il reste régulièrement oviforme, du volume d'une noix inégalement bilobée, l'un des lobes étant constitué par du tissu ovarien rouge le plus souvent reconnaissable, l'autre formé par un caillot sanguin noirâtre recouvert d'une membrane lisse: dans ce cas la nidation de l'œuf s'est faite dans la profondeur de l'ovaire sans doute au fond d'un follicule de DE GRAAF.

II. — GROSSESSE CORTICO-OVARIENNE JEUNE.

Il est un deuxième groupe de grossesse ovarienne parmi lesquels nous classons les observations: 14, 54, 68, 84. Ici le caillot est adjacent à l'ovaire mais il est ouvert par rupture; sa membrane s'est perforée; un de ses pôles est embrassé par la coque ovarienne tout en respectant une surface libre; il semble que dans ce cas la nidation se soit faite sur la surface de l'ovaire, c'est ce que MOULONGUET-DOLÉRIS et d'autres auteurs

après eux ont appelé les grossesses cortico-ovariennes jeunes, provoquées par la fécondation de l'ovule à sa sortie du follicule de DE GRAAF; le follicule abandonné se transforme en corps jaune.

Enfin, certaines observations nous montrent un troisième aspect: au centre du caillot on peut voir une cavité limitée par une membrane lisse, c'est le cœlome externe (observation 66), le fœtus est parfois visible, mais ce cas est exceptionnel.

1°. — *Mécanisme de l'implantation de l'œuf.*

On ne connaît pas encore dans tous ses détails le mode d'implantation de l'œuf dans l'ovaire. Cet ovule fécondé in situ, se recouvre de villosités comme un œuf normal; leur prépondérance s'accroît sur le pôle par lequel l'œuf est au contact de l'ovaire; cette région devient le placenta, le pôle opposé reste lisse, non villositéux. Ces villosités pénètrent la corticale de l'ovaire ou la couche profonde du follicule suivant le lieu de la fécondation; de son côté la corticale ovarienne ou le stroma ovarien bien que normalement très peu vascularisés deviennent le siège d'une hyperhémie anormale en relation avec le développement vasculaire important de tout l'ovaire comme le signale LÉA en particulier. Ainsi se constituent les espaces intervillositaires, les lacs sanguins placentaires, nécessaires aux échanges nutritifs comme dans toute grossesse quelle qu'elle soit; mais ces espaces intervillositaires, ces lacs sanguins ne rentrent pas en contact immédiat avec la paroi ovarienne; il existe une formation spéciale que COUVELLAIRE désigne sous le nom de capsule externe de l'œuf: c'est une couche irrégulière d'éléments cellulaires enchassés dans

un stroma intercellulaire qui s'insinue plus ou moins loin entre les villosités pour arriver jusqu'au voisinage de la membrane choriale. L'élément cellulaire de cette capsule est très variable avec le temps; il forme une plaque plasmodiale du type syncytial qui avec la substance intercellulaire semble constituée par de la fibrine dense.

CONCLUSION. — Ainsi toutes les recherches faites sur de jeunes œufs concordent pour faire admettre que le plasmodium qui recouvre les villosités fœtales chez l'homme est d'origine ectodermique. La grossesse ovarienne exclue finalement la théorie qui veut que l'épithélium de la muqueuses utérine puisse prendre part à la formation du plasmodium; enfin ce n'est pas non plus l'endothélium des vaisseaux maternels, puisque les œufs ovariens sont plongés dans un caillot sanguin enveloppé de tissu maternel rapidement en voie de nécrose comme l'ont soutenu BRYCE, TEACHER, MUNRO-KERR. Or la présence de cet œuf dans le caillot se retrouve dans toutes les observations; ainsi la grossesse ovarienne résulte de la fécondation de l'ovule dans le follicule ou dans son voisinage, puis il s'inclue dans l'ovaire par son trophoblaste, mais à ce moment son évolution dépend du pouvoir d'adaptation de l'ovaire, d'une fonction de nutrition pour laquelle il ne fut pas fait: car l'appareil ovaire-œuf est fragile : 1°) du fait de la mère; 2°) du fait de l'embryon.

1°) Du fait de la mère: parce que le tissu ovarien est compact, rigide, à l'inverse du tissu utérin ou dans une certaine mesure du pavillon.

2°) Du fait de l'embryon parce que dans ces fixations anormales les embryons sont souvent anormaux; très rapidement l'œuf en pénétrant dans le stroma ovarien éventre les vaisseaux; ils se produit une hémorragie qui dissocie le trophoblaste et l'œuf meurt, ou bien c'est l'ovaire lui-même qui éclate. Dans ces deux cas nous avons donc hémorragie extra-ovarienne donc péritonéale. Dans d'autres cas la coque ovarienne si elle est encore assez résistante pourra ne pas se rompre et il n'y a pas d'épanchement péritonéal.

2°) *Siège de l'implantation.*

Le siège de l'implantation est très variable, il pourra être soit dans le follicule de DE GRAAF, soit dans le stroma ovarien, soit sur l'écorce et entre ces points toutes les implantations restent possibles. Cette diversité de siège entraîne des rapports variables de l'œuf et des cellules à lutéine. Le tissu à lutéine peut entourer l'œuf, former une couche isolée sur un de ses pôles, former une couche isolée sur un des follicules de DE GRAAF, ou constituer encore un corps jaune bien distinct. Mais quel que soit son siège rapidement le trophoblaste entraîne une hémorragie d'abord péri-folliculaire parfois péritonéale, comme nous l'avons vu et meurt rapidement; BROUHA a eu peine à reconnaître l'embryon 32 heures après les accidents syncopaux marquant l'hémorragie, donc l'arrêt de la grossesse; un embryon de 2 à 6 millimètres disparaît sans qu'on en retrouve de traces.

III. — GROSSESSE OVARIENN AGÉE. — Si dans la majorité des cas l'ovaire ne suffit pas à nourrir l'œuf par suite de remaniements considérables, d'adhérences, cet ovaire peut grossir démesurément: des anastomoses vasculaires s'établissent entre les organes voisins et le système artériel de l'ovaire qui ainsi peut suffire pendant un certain temps à nourrir l'œuf et à mener la grossesse à terme, ces cas sont rares; les observations 18, 39, 50, 58, 78, 83, 89, les signalent; le plus souvent une rupture de l'œuf se produit entraînant ainsi une hémorragie péritonéale grave.

Donc, qu'il s'agisse de grossesse ovarienne jeune, intra-folliculaire ou cortico-ovarienne ou de grossesse ovarienne âgée, fatalement nous aurons tôt ou tard une hémorragie par rupture de l'œuf dans les grossesses jeunes, par rupture de l'œuf et de l'ovaire dans les grossesses plus âgées.

LA RUPTURE, COMPLICATION DES GROSSESSES OVARIENNES.

On peut ainsi diviser les complications de la grossesse ovarienne en deux grands groupes: les complications immédiates, en général complication des trois premières semaines, et complications tardives. Les complications immédiates sont la rupture, les complications tardives sont le développement de l'œuf qui peut aller quelquefois à terme, puis après mort du fœtus donner lieu à la rétention fœtale; de ces deux groupes de complication la rupture est la plus fréquente, c'est aussi la plus grave puisqu'elle entraîne une hémorragie dont l'abondance, comme nous en avons re-

levé certains cas, peut mettre en jeu la vie de la malade; suivant l'abondance de cette hémorragie on observe soit une inondation péritonéale avec hémorragie persistante d'évolution rapide, cataclysmique, soit une hémorragie moins abondante: dans ces cas au moment d'une syncope par exemple, l'hémorragie s'arrête. Il se produit une réaction inflammatoire du péritoine qui peut entraîner s'il y a des adhérences péritonéales un ralentissement du flux sanguin permettant ainsi une hémostase plus ou moins solide. Si le cloisonnement et le processus de coagulation sont définitifs, il y a également arrêt définitif du processus hémorragique; c'est le type de l'hématocèle enkysté. Entre ces deux extrêmes se placent les formes intermédiaires: lorsque l'hémostase est précaire le caillot insuffisant peut se fissurer. Le sang recommence à couler et nous aurons ainsi des reprises hémorragiques variables en durée et en intensité.

Nous retiendrons donc que les grossesses ovariennes jeunes et âgées se signalent par des hémorragies péritonéales, que la rupture s'explique parce que du côté de l'œuf il y a formation de villosités qui érodent le stroma ovarien et ses vaisseaux et du côté mère hypervascularisation, que l'abondance de l'hémorragie péritonéale dépend du moment de cette rupture, du siège de l'implantation.

Nous nous sommes demandé s'il était possible d'établir un rapport anatomo-clinique: entre l'importance de cette inondation, d'une part, la précocité de la rupture, la nature des lésions ovariennes dues à la rupture, le siège de la grossesse d'autre part.

IMPORTANCE DE L'INONDATION EN FONCTION DE L'ÂGE DE LA GROSSESSE.

Nous avons trouvé: 1°) sur 12 grossesses rompues entre 10 et 20 jours (obs. 16, 24, 25, 37, 39, 43, 49, 54, 63, 67, 69), une seule inondation cataclysmique (obs. 54), trois inondations certaines (obs. 16, 37, 39), quatre épanchements moyens et localisés (obs. 24, 25, 63, 69), trois hématoécèles certains (obs. 42, 49, 43).

2°) Sur 5 observations de rupture entre le vingtième jour et la sixième semaine (obs. 12, 25, 45, 46, 74), seule l'observation 74 relate une inondation péritonéale.

3°) sur quatre observations de rupture à l'âge de deux et trois mois nous trouvons un cas de mort par inondation (obs. 92) et 3 inondations.

En conclusion nous pouvons dire que la grossesse ovarienne se rompt surtout entre le 10^e jour et la 3^e semaine et que les hémorragies sont beaucoup moins graves qu'entre le deuxième et troisième mois.

IMPORTANCE DE L'INONDATION EN FONCTION DU SIÈGE DE L'ŒUF.

Il nous a été impossible d'établir sur les observations un rapport entre la nature des lésions ovariennes et l'importance de l'hémorragie; cependant nous trouvons que seize inondations par rupture complète de l'ovaire avaient été graves, tandis que huit cas de rupture de l'œuf sans rupture de l'ovaire (obs. 7, 9, 10,

11, 13, 24, 27) ont toutes été accompagnées d'inondation moyenne dont une localisée dans le pelvis (obs. 7) ; une seule inondation fut importante (obs. 27). Enfin nous avons trouvé 4 cas d'avortements ovariens (obs. 15, 34, 70, 92 et la nôtre) puis, six cas d'hémorragie péri-ovulaires sans hémopéritoire (obs. 21, 29, 42, 48, 69, 91).

Toutes ces données restent schématiques; l'importance de l'inondation étant évidemment fonction de bien d'autres facteurs comme la tension artérielle, la coagulabilité du sang, des délais qui séparent la date de la rupture de l'intervention chirurgicale.

CARACTÈRE DE L'INONDATION.

Il est un fait particulier aux ruptures de grossesses ovariennes: c'est la fréquence des observations dans lesquelles nous avons vu décrits les signes qui, confirmés par la laparotomie traduisent l'existence d'épanchements en plusieurs temps et lentement progressifs, ce qui n'est d'ailleurs pas pour nous étonner en connaissant les raisons anatomo-pathologiques. Ce caractère progressif de l'inondation se confirme en outre par la clinique.

CLINIQUE

SYMPTOMES DE L'INONDATION PÉRITONÉALE PAR RUPTURE DE GROSSESSE OVARIENNE

Schématiquement on peut dire que l'inondation péritonéale par rupture de grossesse ovarienne comprend deux grands groupes de signes:

- 1°. les signes d'inondation.
- 2°. les signes de grossesse.

1°) *Les signes de l'inondation.*

L'inondation peut-être quelquefois brutale ; nous retrouvons alors la symptomatologie classique de l'inondation par rupture de grossesse tubaire: ce sont les cas LÉA, SÉRÉBRÈNIKOWA; dans ces cas typiques nous notons la pâleur, l'absence de force, l'état syn-copal, les conjonctives décolorées, le ventre ballonné non contracturé, le pouls filant à 140-160, un peu de température, la tension basse; au toucher le col est ramolli, quelquefois entr'ouvert. Le corps ne présente pas le signe de Hégard; latéralement, on sent

la petite masse annexielle difficile à préciser, mais douloureuse. La femme présente un retard de règles, a eu des vomissements, des métrorragies.

L'ASHEIM-ZONDECK et le curetage explorateur préconisé par MAC-LÉOD aiguillent immédiatement sur le diagnostic de grossesse ectopique: mais point n'est besoin de ces recherches, le syndrome d'inondation est net, parfois il se précise grâce au signe de LAFFONT comme nous l'avons rencontré une fois. Le syndrome de grossesse en position ectopique est lui aussi très net.

À la laparatomie qui est faite d'urgence, on trouve du sang épanché, un ovaire creusé d'une cupule sur une de ses faces, tandis qu'au fond du Douglas on retire un caillot que l'examen anatomo-pathologique diagnostiquera comme étant l'œuf. Dans l'observation que nous rapportons, le syndrome d'inondation existait quoique moins précis que dans ce schéma. Les recherches que nous avons faites dans la littérature s'accordent très fréquemment avec ce cas clinique.

Dans notre observation, la malade le 16 Avril a présenté deux crises douloureuses mais qui ne l'empêchent pas de vaquer à ses occupations, la nuit se passe bien, puis le 17, nouvelle crise et signe d'anémie: ce n'est déjà plus le tableau classique.

Ce retard entre la période douloureuse et l'apparition des signes d'anémie nous l'avons trouvé dans différentes observations parmi lesquelles nous fîmes un choix.

QUELQUES OBSERVATIONS D'INONDATIONS
PAR RUPTURE DE GROSSESSE OVARIENNE.

Observation 15 (CARLTON-OLDFIELD)

Femme de 37 ans; aurait du avoir ses règles le 1^{er} Mai 1912. Le 17 Mai 1912 douleurs pelviennes violentes, pertes sanguines pendant trois, quatre jours. 1^{er} Juin pas de règles. 24 Juin douleurs thoraciques et abdominales avec syncope; pertes pendant trois jours; 28 Juin température à 101° F.

Cul de sac postérieur douloureux, bombe légèrement. Laparatomie: sang dans tout l'abdomen, œuf dans le Douglas encombré de caillots, l'examen anatomo-pathologique confirme le diagnostic de grossesse ovarienne.

Observation 7 (BANKS)

Pas de retard de règles, métrorragie en Octobre, 15 jours, après règles normales; opération en Décembre.

Laparatomie: petite hématocele pelvienne: ovaire comme une balle de tennis. Embryon reconnaissable. L'examen anatomo-pathologique confirme le diagnostic de grossesse ovarienne.

Observation 16 (CATURANI)

Antécédents gynécologiques chargés: pelvi-péritonite gonococcique; grossesse tubaire l'année précédente; retard de règles de quelques jours, signes cliniques de rupture intra-péritonéale; opération 15 jours après.

Laparatomie: ovaire dans un caillot; diagnostic: rupture folliculaire, grossesse et avortiment ovarien.

Examen anatomo-pathologique : grossesse ovarienne en relation intime avec le corps jaune.

Observation 20 (RICHARD-CRANMER)

Mrs. W... M. 32 ans, 17 Février 1929 éprouve des douleurs pelviennes indéfinies; dernières règles le 10 Février 1929, normales, mais avec crampes dans les flancs.

17 Février 1929, température à 100° F, pouls 84; au toucher masse latérale non adhérente aux alentours. Légère anémie. On porte le diagnostic de grossesse extra-utérine, mais l'apparition des règles sept jours avant laisse subsister un doute. La malade est mise au repos pendant deux jours : les douleurs diminuent; on l'envoie à l'hôpital elle n'est opérée que le jour suivant; diagnostic post-opératoire: inondation péritonéale, grossesse ovarienne confirmée par l'examen anatomo-pathologique.

Observation 35 (W. HANNES)

Femme de 27 ans, 3 grossesses normales; dernières règles 25 Janvier 1912; 2 semaines après, hémorragie qui dure 7 jours avec reprise la semaine suivante.

9 Mars, présence d'une tumeur arrondie, grosse comme le poing, siégeant derrière l'utérus et remplissant le Douglas; diagnostic porté: grossesse tubaire. L'intervention n'a lieu que le 11 Mars: sang coagulé dans la cavité abdominale: l'examen anatomo-pathologique confirme le diagnostic de grossesse ovarienne.

Observation 41 (HOLLAND)

Absence de règles depuis six semaines. Accidents d'hémorragie interne à répétition. Opération 5 mois après le début clinique pour phénomènes douloureux. Hématome du Douglas, gros ovaire droit adhérent. on y trouve à la microscopie des villosités mais pas d'embryon; l'ovaire gauche n'est pas enlevé, le caillot de cet ovaire est exprimé par la rupture folliculaire; c'est dans ce caillot exprimé que l'auteur décrit des figures d'éléments multinucléés qu'il croit plasmodiaux.

Observation 42 (HUNTER)

Mme X... crise abdominale douloureuse qui l'amène à l'hôpital; a eu 8 jours avant une crise douloureuse qui a duré 6 heures avec vomissements et lipothymie; pas de retard de règles.

Laparatomie caillots dans l'abdomen, examen anatomo-pathologique; un pôle de l'ovaire est augmenté de volume; il porte à ce niveau une zone apoplectique qui contient une cavité allongée avec villosités tout autour.

Observation 44 (IRVING)

Mme X... âgée de 29 ans entre à l'hôpital le 12 Septembre 1926 pour douleurs abdominales d'apparition brutale diffusées dans tout l'abdomen, siégeant dans le quadrant inférieur droit; nausées, vomissements; Température 100° F, pouls 98, respiration

à 20. Dernières règles le 9 Juillet 1926, reprises en Août sous l'influence d'emménagogue. En Septembre contracture du côté droit. A l'hôpital mise en observation pendant deux jours: la contracture disparaît permettant ainsi de toucher une masse rétro-utérine; pendant cinq jours les règles réapparaissent; le taux de l'hémoglobine est à 75 %, les globules blancs: 9.000 ; l'observation dure deux semaines. Le 25 Septembre 1926 laparatomie pour voir la nature de la masse rétro-utérine: on trouve un péritoine plein de sang, une masse de 6 cm. à droite, qui doit être l'ovaire probablement. L'examen anatomo-pathologique conclue à une grossesse ovarienne.

Observation 62 (MALL et CULLEN)

Mme X... le 1^{er} Juin, douleurs dans tout l'abdomen à droite et à gauche de type paroxystique et transfixiantes. Le 3 Juin nouvelle crise: dit en avoir eu une identique il y a trois ans, on tend à diagnostiquer une appendicite sur la localisation plus prononcée de la douleur à droite avec apparition de nausée et de vomissements; cependant on n'intervient pas: ce n'est que dix jours après, aucun mieux n'apparaissant que l'on fait une laparatomie : sang dans le péritoine, l'examen anatomo-pathologique de l'ovaire droit montre qu'il s'agit d'une grossesse ovarienne. La malade sort guérie le 20 Juin.

Observation 66 (MOULONGUET-DOLÉRIS)

Mme A... âgée de 29 ans. Dernières règles le 26 Décembre à leur date normale. Le 30 Décembre mé-

trorragie. Le 7 Janvier crise douloureuse qui se répète le 10 et le 13. L'examen confirme l'existence de signes péritonéaux: le diagnostic d'appendicite est porté. Le 19 Janvier incision dans la région de Mac Burney, appendice est sain, il y a quelques caillots dans le Douglas et un orifice de rupture sur l'ovaire: l'examen anatomo-pathologique conclut à une grossesse ovarienne.

Comme l'a dit MONDOR à propos des grossesses extra utérines «il y a des ruptures cataclysmiques qui tuent en deux heures, il y a des ruptures en deux temps, en trois temps, il y a des cas d'hémorragies successives et dont la gravité au lieu de fléchir s'accroitra». Cette dernière forme d'hémorragie semble la plus fréquente quand elle est provoquée par la rupture de grossesse ovarienne; elle rentre dans le cadre des inondations péritonéales sans symptômes menaçants décrits par BISONO dans sa thèse. Cela concorde parfaitement avec ce que nous savons de leur pathogénie: rupture précoce qui entraîne le décollement, ou la rupture d'un œuf jeune adhérent à une petite surface très mal vascularisée. En conséquence si l'évolution sournoise et discrète constitue le premier caractère clinique de l'inondation péritonéale par rupture de grossesse ovarienne il ne faut pas s'attendre à trouver: la douleur tardive élevée de LAFFONT, les signes d'anémie évidents au seul examen superficiel. La sédimentation globulaire peut donner quelques renseignements précieux. Concordant avec ce tableau, le syndrome douloureux n'a de spécial que sa mobilité, sa variabilité, en durée et en intensité. La douleur siège dans tout l'abdomen, se localise dans le flanc, s'irra-

die, puis disparaît pour revenir trois, cinq, dix jours après: ce sont des tiraillements, de la pesanteur, du ténésme, quelquefois des douleurs syncopales avec état nauséux. Mais tout rentre dans l'ordre; la malade néglige même parfois de voir un médecin.

2°) *Signes cliniques de grossesse ovarienne.*

Ces signes nous sont fournis par l'étude de la menstruation et par le toucher vaginal.

Signes fournis par la menstruation:

Si les renseignements fournis par l'étude de la menstruation, quand il s'agit d'une grossesse tubaire sont difficiles à préciser, généralement quand on a affaire à une grossesse ovarienne ils se résument à la phrase: pas de retard de règles. Ce signe négatif ne s'explique que par la précocité de la rupture qui survient vers la fin de la troisième semaine. Nous avons noté l'absence de ce retard dans vingt observations (Obs. 3, 7, 9, 13, 14, 17, 20, 32, 34, 37, 43, 54, 56, 57, 66, 62, 73, 73 bis, 74 et 84) nous avons trouvé un retard de règles de deux à cinq jours dans cinq cas (obs. 4, 45, 63, 68 et 88) nous avons trouvé un retard se chiffrant par mois dans dix observations (obs. 12, 16, 41, 48, 50, 59, 64, 68, 69 et 71) dans ces cas le symptôme retard n'a plus grande valeur; la grossesse est déjà évoluée elle se signale par d'autres symptômes majeurs. Dans l'observation que nous présentons le retard de règles n'existe pratiquement pas puisqu'elles ont eu lieu il y a un mois exactement.

À côté du retard de règles nous pouvons avoir des

métrorragies, elles sont rares. Nous les signalons dans les observations (5, 12, 32, 34, 35, 44, 50, 53, 66, 70, 71, 94).

Signes fournis par le toucher:

Le col est mou, quelquefois entr'ouvert. Le signe de Hégard n'existe pas. Dans le cul de sac latéral le doigt perçoit une petite masse molle, sans limites précises, parfois douloureuse. Le col et le corps utérin sont repoussés quelquefois par une masse douloureuse sans limitation nette.

DIAGNOSTIC POSITIF

L'état syncopal, la soif d'air, la pâleur, la chute tensionnelle, la matité dans les flancs, le ballonnement abdominal et sans contracture, le cri du Douglas, les résultats donnés par l'examen de la formule sanguine permettent facilement le diagnostic de l'inondation brutale. Mais pour qu'il y ait syncope, matité dans les flancs, il faut une hémorragie considérable ; elle se présente rarement dans la rupture par grossesse ovarienne.

Il faudra donc rechercher les petites crises, la tendance fugitive à la syncope, les vertiges, un ventre légèrement ballonné, un pouls plus rapide, une pâleur discrète et surtout l'augmentation progressive de tous ces signes. Le signe de SOLOWIJ pourrait être «précoce et dû à un épanchement de minime quantité» BERTOLINI.

Quant au diagnostic de grossesse ovarienne il ne faut pas songer à le faire en raison de la pauvreté du tableau clinique sur lequel il pourrait s'appuyer. Tout au plus, sur l'absence du retard de règles, sur l'existence d'une masse latéro-utérine, et la variabilité de la douleur, pourrait-on faire un diagnostic de probabilité.

En effet, si le diagnostic de l'inondation s'avère relativement facile, nous n'avons jamais trouvé formulé avant la laparatomie dans la littérature, le diagnostic de rupture de grossesse ovarienne. Quelquefois l'hémorragie constitue la seule cause de l'intervention (obs. 4, 54, 68, 69, 73, 80, 86), ou bien l'hémorragie est attribuée à:

- une grossesse tubaire (obs. 34, 45, 49, 46),
- un kyste hémorragique (obs. 43),
- une hémorragie utérine (obs. 38),
- un kyste de l'ovaire (obs. 39),
- un kyste dermoïde de l'ovaire (obs. 71),
- une torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire (obs. 72),
- une appendicite (obs. 9, 62, 66, 88),
- une salpingite obs. 57, 73),
- une pelvi-péritonite (obs. 57 bis),
- un kyste lutéinique (obs. 13),
- une hémorragie du corps jaune (obs. 14).

Les erreurs les plus fréquentes sont donc en faveur des grossesses tubaires et de l'appendicite.

DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

1°. — *Diagnostic différentiel avec l'inondation par rupture de grossesse tubaire.*

Le diagnostic différentiel des inondations par rupture de grossesse tubaire et grossesse ovarienne semble très difficile: MAC LÉA l'estime même impossible; cependant dans la rupture de grossesse tubaire l'aménorrhée est fréquente, l'inondation péritonéale brusque, elle se produit entre la 4^e et 12^e semaine; dans la grossesse ovarienne, la rupture est progressive, et se produit entre le 10^e jour et la 3^e semaine le plus souvent; mais il est aussi très vrai que les grossesses tubaires peuvent se rompre précocement; un diagnostic différentiel reste donc aléatoire; est-ce à dire qu'il ne pourra jamais se faire ? cliniquement cela semble difficile, l'épreuve de la sédimentation globulaire peut apporter quelques renseignements dans la rupture de grossesse ovarienne puisqu'il s'agit d'une inondation progressive. En dehors des renseignements fournis par la clinique, la salpingographie et l'insufflation tubaire peuvent être demandées. Mais actuellement l'insufflation tubaire est délaissée ses risques sont trop connus; quant à la salpingographie défendue par EISLER, SPEIDEL, TURNER, quelles précisions peut-elle donner quand il s'agit d'une grossesse jeune ?

D'ailleurs la femme saigne, il faut agir, la thérapeutique dans la grossesse tubaire comme dans la grossesse ovarienne est la même. Une mention spéciale doit être faite cependant pour les renseignements que donne la péritonéoscopie préconisée par Robert HOPES dans le diagnostic des grossesses extra-utérines. Mais cette méthode a ses détracteurs; elle n'est pas, en Europe tout au moins, entrée dans la pratique courante.

II. — *Diagnostic différentiel avec l'appendicite.*

Il est une autre affection, nous l'avons vu, avec laquelle la rupture de grossesse ovarienne se confond souvent: l'appendicite. Le diagnostic différentiel est très difficile, surtout lorsque l'épanchement est minime et la grossesse à droite. Nous donnons une observation qui constitue un exemple typique des erreurs que l'on peut commettre dans ce cas.

Observation 9 (LE BASER et PAIRE)

Mme X... entre le 14 Décembre 1927 à l'hôpital avec un syndrome péritonéo-appendiculaire. Température à 38°5, pouls 100, faciès pâle, contracture abdominale apparente. Depuis 48 heures la malade souffre de la fosse iliaque droite, par crises paroxysmiques. Au toucher douleur latéro-utérine à droite, le col légèrement ramolli fait penser à une grossesse ectopique. Cependant il n'y a pas de retard de règles, aucun signe de grossesse. Le diagnostic porté est celui d'appendicite septique en voie de diffusion.

Intervention : inondation péritonéale sans limitation quelconque. L'ovaire droit, du volume d'un gros abricot est fissuré: du sang noir sourd de la déchirure.

Castration complète à droite, ablation des caillots, l'appendicite est sain. L'examen anatomo-pathologique de l'ovaire montre qu'il s'agit d'une grossesse ovarienne.

BARRET et MONDOR n'admettent pas cette erreur de diagnostic lorsqu'il s'agit d'une grossesse extra-utérine: le retard de règles, les signes de grossesse, la masse latéro-utérine, aiguillent le diagnostic, disent-ils. Dans le cas rapporté, les auteurs croient plus à une appendicite qu'à une grossesse extra-utérine parce qu'il y a absence de retard de règles. Nous avons vu combien ce signe est fréquent lorsqu'il s'agit des grossesses ovariennes.

En effet CRAMMER rapporte 50 observations où le diagnostic différentiel entre l'appendicite et l'hémorragie par rupture de grossesse ovarienne est très malaisé. HEFT a insisté sur le curetage et la réaction d'Asheim Zondeck pour éliminer toutes les causes d'hémorragie non génitales. Nous savons tous les dangers du curetage et que bien souvent le temps manque pour faire l'Asheim Zondeck. Seule la ponction du Douglas, comme le remarque MONDOR donnera des renseignements plus précis quand il existe un doute.

3°. — *Diagnostic différentiel avec toutes les causes d'hémorragie en dehors des grossesses ectopiques.*

Enfin parmi toutes les causes d'hémorragie intrapéritonéales se rangent la catégorie des causes génitales en dehors des grossesses ectopiques. Bien que rares, ces hématoécèles existent. CARAVEN publia l'observation d'un hématoécèle par sténose pelvienne. Il faut encore retenir: la torsion d'un fibrome pédiculé sous séreux, la déchirure d'un vaisseau qui court à la surface d'un fibrome de l'utérus, la torsion des annexes, la rupture du pédicule vasculaire de la trompe. Plus fréquentes sont les hémorragies ovariennes en dehors de la grossesse ovarienne: rupture d'un kyste folliculaire (BENDER, MARCILLE, DESROUVILLE), d'un kyste développé aux dépens du stroma (JAYLE, BURGER, HUGO-ROTH, LECÈNE et TAITZ). Récemment M. GOLDSKI a rapporté un cas d'hémorragie péritonéale par rupture d'un kyste hématique de l'ovaire consécutif à une grossesse ovarienne ancienne avec fibrome concomitant. Dans une très bonne étude LÉO ISRAËL rapporte 100 observations d'inondations par rupture de l'ovaire non gravide. Il insiste en particulier sur la fréquence de la rupture du corps jaune qui se rencontre beaucoup plus souvent que la rupture du follicule. Elle se produit pendant la seconde moitié du cycle menstruel avec une symptomatologie simulant l'apoplexie, ou la grossesse tubaire; si le diagnostic est certain, dit-il, on peut éviter toute intervention dans la plupart des cas. S'il y a doute on fait une laparotomie. En 1939 Christian FERRA insiste sur les hémorragies par apoplexie ovarienne, mais il remarque que le propre de l'hémorragie ovarienne est de ne pas avoir de phy-

sionomie personnelle. Le diagnostic étiologique de ces de ces hémorragies repose donc toujours sur l'examen anatomo-pathologique après laparatomie. La thérapeutique est d'ailleurs toujours la même.

4°. — *Diagnostic différentiel de l'hémorragie intra-péritonéale par rupture de grossesse ovarienne avec les salpingites et les pelvi-péritonites.*

La confusion entre la rupture de grossesse ovarienne, et les salpingites et pelvi-péritonites est assez fréquente, comme nous l'avons vu. Parmi les observations que nous avons trouvées nous en résumons deux apportées par REINECKE : dans les deux cas le diagnostic de salpingite fut porté par le médecin traitant; en réalité dans le deuxième cas, le diagnostic de grossesse extra utérine ne fut fait qu'après ponction de la cavité péritonéale d'où s'écoula un sang liquide et rouge. Dans ces deux cas il s'agissait d'une grossesse ovarienne développée dans un corps jaune, ce que prouva l'examen anatomo-pathologique de l'ovaire. Inversement, REINECKE rapporte le cas d'une femme opérée avec le diagnostic de grossesse extra utérine et qui portait sur son ovaire gauche un kyste gros comme un œuf de poule déchiré sur sa face externe.

Ces diagnostics différentiels sont des plus difficiles à faire: le toucher découvre une masse latérale douloureuse ou bien un empatement diffus. Le problème est rarement résolu et cependant nous connaissons les dangers que présente une intervention sur un pyo-salpinx par exemple.

C'est ici que l'étude de la formule leucocytaire donne des renseignements précieux (Lilian FARRAR).

TRAITEMENT

Comme l'a dit SEGOND «Toute grossesse extra-utérine commande l'intervention chirurgicale»; lorsque l'inondation s'est produite, les statistiques de CESTAN prouvent que l'abstention donne 86 % de mortalité. Cependant, ces dernières années HUNTER, ROBB, SIMPSON, ont préconisé l'opération retardée pour attendre que la période de choc consécutive à la rupture soit diminuée. ALBERTIN, DESGOUTTES sont les adeptes français de cette école; ils ont malgré tout apporté certaines réserves à leurs assertions, car disent-ils, l'importance de l'inondation s'avère très difficile à apprécier même par l'étude de la tension artérielle ou de la formule sanguine.

Nous croyons, comme l'a dit FORGUE, qu'il est préférable de ne pas adopter une formule trop absolue: «si la malade peut être surveillée avec possibilité d'intervention immédiate, on a le devoir de ne pas agir avec précipitation», comme très souvent l'hémorragie intra-péritonéale par rupture de grossesse ovarienne est progressive, rarement cataclysmique, et que le diagnostic n'en est fait que par mise en observation de la malade sur une durée de 3 à 15 jours (Obs. 15, 16, 20, 39, 42, 44, 67, 73), nous croyons qu'il est possible, grâce à cette attente, peut-être plus

dans la grossesse ovarienne que dans la grossesse tubaire de lutter contre le Shock, quitte à intervenir si les phénomènes s'aggravent et de parfaire le diagnostic grâce au laboratoire. En effet, si nous en croyons MAEGER qui rapporte une série de 247 cas de grossesses extra-utérines divisés en tragiques et non tragiques, ces derniers au nombre de 167 furent opérés après une préparation suffisante. Pour les 80 tragiques, l'opération fut retardée. Dans 75 cas sur 80 le Shock fut combattu et l'état suffisamment amélioré. L'opération immédiate aurait augmenté les risques de 50 % de ces patientes qui guérissent sans transfusion.

LA TRANSFUSION SANGUINE DANS L'HÉMORRAGIE INTRA-PÉRITONÉALE PAR RUPTURE DE GROSSESSE OVARIENNE.

A propos des ruptures de grossesse tubaire LICHTENSTEIN a préconisé ces dernières années l'auto-transfusion; certains auteurs comme EPLER, CETTINGEN injectent du sang filtré. KNAUSS injecte même 1.700 cc. de sang, prélevés dans l'abdomen, recueillis dans une capsule stérile nickelée, plongée dans l'eau à 40° et en relation avec l'appareil d'OELECKER par l'intermédiaire d'un caoutchouc. Le sang ne se coagule jamais, car il possède une teneur en fibrinogène très diminuée. Mais ces méthodes sont-elles applicables à l'inondation par rupture de grossesse ovarienne qui, classiquement coexiste toujours avec une affection annexielle ? Nous n'avons pu vérifier d'une façon précise la fréquence de ces faits sur les observa-

tions très souvent incomplètes. L'étude des antécédents et l'examen des annexes peuvent seuls donner les indications ou contre-indications de ce procédé dans les hémorragies intra-péritonéales par rupture de grossesse ovarienne. En 1921 M. le Professeur MASSABUAU et MM. JOYEUX et GODLEWSKI ont publié un cas de grossesse ovarienne et les heureux effets de l'auto-transfusion pratiquée.

Dans le cas que nous rapportons, M. JOYEUX a injecté 220 cc. de sang qu'il avait prélevés dans l'abdomen: l'effet fut immédiat, le faciès se recolore, la tension monte; la malade sort guérie dans un minimum de temps sans qu'il y ait eu drainage. (1)

(1) Les résultats de l'auto-transfusion éliminent toute possibilité de néoplasie comme le faisait pressentir l'examen anatomo-pathologique.

PRONOSTIC

Le pronostic des inondations péritonéales par rupture de grossesse ovarienne reste intimément lié d'une part à l'importance de l'inondation, d'autre part aux infections annexielles concomitantes.

Il est évident que si l'hémorragie est grave tous les moyens doivent être mis en œuvre pour soutenir la malade, mais ces hémorragies très graves ne constituent qu'une minorité, croyons-nous, dans la rupture de grossesse ovarienne. Nous n'avons vu en effet qu'un cas de rupture précoce suivi de mort. Il existe quelques cas pour lesquels l'issue fut fatale à cause d'infection annexielle.

Le pronostic de l'inondation par rupture de grossesse ovarienne est donc moins sérieux que celui de l'inondation par rupture de grossesse tubaire.

CONCLUSION

De cette étude nous retiendrons que la rupture de grossesse ovarienne entraîne toujours une inondation dont l'importance très variable, semble surtout conditionnée par la précocité du décollement ou de l'avortement de l'œuf, qui se fait entre le 10^e jour et la sixième semaine, plus souvent entre le dixième jour et la quatrième semaine. C'est pourquoi, rarement cataclysmique, elle s'amplifie progressivement, pour donner des hémopéritoïnes localisés dont la symptomatologie souvent discrète rend le diagnostic fréquemment difficile mais toujours possible. Par contre, le diagnostic de la cause: la grossesse ovarienne, ne peut être établi avec certitude car le tableau clinique de la grossesse ovarienne suit de trop près celui de la grossesse tubaire. Seul un diagnostic de probabilité reste possible.

Théoriquement parmi les autres causes d'erreurs une seule doit être évitée d'une façon formelle: la confusion entre la rupture de grossesse ovarienne, et les suppurations annexielles.

Mais si l'on admet qu'une intervention retardée puisse avoir des avantages pour le traitement de la grossesse ovarienne, le diagnostic doit être précis. A

l'heure actuelle les moyens dont on dispose pour l'établir n'apportent que peu d'éléments.

Seule la péritonéoscopie pourrait donner quelques lumières nouvelles en attendant d'autres méthodes : pratiquement, une telle précision dans la localisation clinique de la nidation d'un œuf sur l'appareil génital reste dans le domaine de la spéculation; le traitement des grossesses ectopiques est en effet identique pour toutes les variétés qu'elles peuvent présenter.

Remarquons cependant que souvent la discrétion des signes d'hémorragie, la difficulté du diagnostic de grossesse ovarienne rompue, conduisirent souvent les chirurgiens à appliquer la méthode de l'expectative sans que le pronostic vital de la malade en ait été assombri.

BIBLIOGRAPHIE

1. — *Bibliographie d'observations de cas de grossesses ovariennes.*
1. ACOMB-A-CAMBY. — Obst. Brit. Emp. 1926.
2. ACOMB-A-CAMBY. — Chir. gyn. Obst. 1931, T. 52-1.
3. ANDERSON. — Int. Clin. Preg. 1927.
4. ANNING et LITTLEWOOD. — Brit. Med. J. 1901, I. p. 89.
5. BALLERAY. — Méd. Record 1910, LXXVIII, p. 40.
6. BANDEL. — Beit Z-Kl. Chir. 1902, XXVI, p. 657.
7. BANKS. — J. Of. obs. a gyn. of the B E, 1912, XXI, p. 216.
8. BARNA. — Brit, Med. J. 1925.
9. BASER (LE) et PAIRE. — A. Gyn. a A. P. 1928, T. V, p. 335.
10. BARROWS. — Am. J. of. obst. 1910, LXII, p. 1078.
11. BOESBUCH. — Monat. of. Geb. und gyn. 1904, XX, p. 613.
12. BONDI (Joseph). — Wiener KL Wochen 1910, p. 773.
13. BRIGHT-BANISTER. — Proceed. of the R. soc. of med. 1928.

14. BROUHA. — Gyn. et Obst. 1923, VIII p. 335.
15. CARLTON Oldfield. — The J. of. Obs. Gyn. of the B. E. t. XXIII, N° 1. Janvier 1913, p. 41.
16. CATURINI. — Am. J. Of. Obst. 1914, p. 409.
17. CHIENE. — Edimb. Med. J. 1913, vol. X, page 316.
18. CONDAMIN. — Lyon Médic. 1902, XCVIII, p. 301.
19. CORDON-LUKER. — Proceed of the Roy. soc. of med. Avr. 1927.
20. CRANMER (Richard). — Chir. Gyn. a obs. 1931 T. 52, I.
21. CROFT. — Trans. of med. S. Of. London 1900.
22. CUNMA. — St-Louis Cours of med. 1900.
ENRIQUEZ et (Ca) MASSON. — Ann. Brasil de Gyn. Mars 1939, p. 193, non contrôlée.
23. FALLON. — Boston Med. of. Surg. 1912 p. 114.
24. FOSSATI. — Annali di obs. e Gyn. 1920, XLII, p. 433.
25. FOSSATI. — Annali di obs. e Gyn. 1920, XLII, p. 433.
26. FRANZ. — Beit Z. Geb. U. Gyn. VI, p. 70.
27. FREUD et THOME. — Virchows arch. 1906, CLXXXIII, p. 51.
28. FUTH. — Beit Z. Geb. U. Gyn. 1902, VI, page 314.
29. GILES et LOCKYER. — Proceed of R. Soc. of. Med. London 1914, N° 2, page 2.
30. GOTTSCHALK. — Centr. F. Gyn. 1886, p. 727.
31. GOTTSCHALK. — Centr. F. Gyn. 1893, p. 407.
32. GRAHAM. — Journ. of Med. Reach 1912, XXVI, p. 499.

33. GRIMSDALE. — J. Of. Obst. a Gyn. of the B. E.
1913 XXIII, p. 115.
34. HAMMILTON et WHILLIS. — Hosp. Rep. p. 226
Avril 1939.
35. W. HANNES. — Zeits für Geburshüffe u Gyn.
t. LXVII, N° 2, p. 2, 1912.
36. HELLENDALL. — Arch. für Gyn. 1927.
37. HERRENSCHMIDT et RIGOLLOT SIMONNOT. —
Soc. d'An. Paris 1906, p. 289.
38. HEWENSTON et LLOYD. — Brit. Med. J. 1906,
T. II, p. 568.
39. HERZFELD. — Wiener K. Worchenschrift 1891
p. 802.
40. HOEHNE. — Zent. für Gyn. an. XLVII, N° 1,
6 Janvier 1923.
41. HOLLAND (Eardly). — J. of. Obst. a Gyn. of.
the B. E. 1911, XX, p. 295.
42. HUNTER. — The med. j. of. Australia 1921,
an. VIII.
42. HUNTER. — The med. j. of Australia 1921, an.
VIII.
43. HUNTER. — J. of. Anat. and Phys. 1921-1922,
p. 57.
44. IRVING et LEVENTHAL. — Obs. Gyn. 1927, t. 2
45, p. 798.
45. JACOBSON. — Thèse New-York, 1908.
J. E. ISAACSON. — Med. a surg. J. 91, p. 2729,
Juil. 38 (non contrôlée).
46. JASCHKE. — Zeit f. Geb. u. Gyn. 1916 LXXXVIII
p. 181.
47. KANTOROWICZ. — Sam. Kl. Vortrage 1904,
N° 370.

48. KELLY et Mc. ILROY. — J. of. obst. a gyn. of the B E 1906, t. IX, p. 389.
49. Ker MUNRO. — Proc. of the R. Soc. of med. London 1908, t. I, p. 268.
50. KIRCHNER. — Med. Rec. 1909 LXXVI, p. 709
51. KIVLIN. — An. of. Surg. To. LIV, N° 2, Août 1911, p. 206.
52. KOLHER. — Gyn. 1914, VIII, p. 275.
53. LANNING E. LIKES. — Surg. Gyn. obst. 1932, p. 643, T. II, p. 55.
54. LÉA. — Journ. of. obst. a gyn. of the B. E. t. XVIII, N° 3, septembre 1910, p. 180.
55. LENDON. — Aust. med. gaz. 1912, XXXI, page 56.
56. LIEBE. — Monat für Geb. u gyn. 1921, t. LIV, p. 102.
57. LOCKYER. — Proc. of the R. S. of M. London 1916-1917, T. X, N° 8, p. 158.
58. LUDWIG. — Wiener Kl. Worch. 1896, p. 600.
59. Mac CANN. — Proc. of the R. S. of. M. London 1913, VI, N° 4, p. 229.
60. Mac LEOD. — Am. j. of. surg. 1909 XXVIII, page 50.
61. MACKENRODT. — Zeit f. geb. gyn. 1923, LXXXV, p. 196.
- MASSABUAU, JOYEUX, GODLEWSKI. — *Un cas de grossesse ovarienne avec inondation péritonéale ; heureux effet d'une auto-transfusion.* Soc. Sc. med. et biol. de Montpellier, Section de chirurgie 29 Mai 1921.
62. MALL et CULLEN. — Surg. Gynec. obst. 1919, t. XVII, p. 698.
63. MAYO et ROBSON. — Brit. med. Journ. 1902. T. I, page 1477.

64. MENDES DE LÉON et HOLLEMANN. — Rev. de Gyn. et Chir. Abd. 1902, p. 387.
65. MEYER et WYNNE. — Bull. of the Johns Hopkinz Hosp. 1919, XXX, p. 92.
66. MOULONGUET DOLÉRIS. — La Gyn. T. 23, 1924, p. 257.
67. MICHOLITSCH. — Zeit f. geb. u Gyn. 1903 XLIX p. 508.
68. NORRIS et MITCHEL. — Surge. Gyn. a Obst. 1908, T. IV, p. 460.
69. NORRIS. — Surg. Gyn. Obst. T. IX, N° 2 Avril 1909, p. 123.
70. OLDFIED CARLTON. — J. Obs. Gyn. of the B. E. 1913 XXIII, p. 41.
71. RAY. — Surg. Gyn. a Obst. 1921, T. XXXII, N° 5, p. 437.
72. REINECKE. — Zent. f. Gyn. an IV, N° 45, Nov. 1931, p. 3243.
73. ROUFFART. — Bull. de Acad. Roy de Med. de Belgique 1909.
74. RUBIN. — The Am. Journ. Obst. a Dea. of Who. a Child, T. LXIII, N° 5 Mai 1911, p. 814.
75. SANGER. — Cent. f. Gyn. 1890.
76. SCHIKELE. — Beit z. geb. u. Gyn. 1907, XI, p. 67.
77. SCHORSCH. — Berlin Arch. f. Gyn., T. 162, Octobre 1936, p. 378.
78. SEEDORF. — Cent. B. f. gyn. 1915, 34, p. 657.
79. SEREBRENIKOWA. — Arch. für Gyn. 1912, t. XCVIII, fasc. III, p. 525.
80. SENCERT et ARON. — Rev. de Gynec. et Chir. abd. 1914, T. XXIII.

81. STEIN LEVENTHAL. — Gyn. a Obst., N° 1927.
82. STRAZ. — Nederl tyd u Verlosk un Gyn. 1890.
83. SUVANSA. — The Lancett vol. CCVI, N° 3248,
29 Mars 1924.
84. THOMPSON. — Trans. of the Ann. Gyn. Soc.
1902, XXVII, p. 338.
E. W. TITUS. — Am. journ. Obs. and Gyn. 1939,
p. 516, XXXVIII.
85. TOTH. — Arch. f. Gyn. 1896, L. 1, p. 410.
86. VAN TUSSEN BROECK. — Ann. de Gyn. Obst.
1899, décembre.
87. TWEEDY-HASTINGS. — St Barth. Hosp. Re-
port. 1911 XLVI.
88. VERGO. — Aust. med. gaz. 1912, XXXI, p. 491
89. WARBANOFF. — 1909.
90. WEBSTER Clarence. — Trans. of the Am. gyn.
Soc. 1904, XXIX, p. 65.
91. WILLIGK. — Prager Vierb f. heilk 1859.
92. WYDER. — Arch. f. Gyn. 1891, XLI, p. 153.
93. YOUNG RÉA. — Thé Boston med. and Surgery,
J. 1911, CLXIV, p. 264.
94. ZIMMERMANN. — Arch. für Gyn. 1927.

II. — BIBLIOGRAPHIE GENERALE

- ARNOULD. — *Ce qu'il faut savoir sur l'évolution et le traitement des grossesses ectopiques.* — Marseille, Méd. 1925, LXII, 26, 1466.
- BAUMANN. — *Thèse*, Paris 10509.
- BARONNET. — *Thèse*, Bordeaux 1921.
- BOURRET. — *Diagnostic de la grossesse extra utérine dans les trois premiers mois.* — Gaz. hôp., Paris 1924, XCVII-1-7.
- BOUNEAU. — *Ponte ovulaire hémorragique.* — Paris chir. 1924.
- BRECHOT. — *À propos du diagnostic de la grossesse ectopique au début.* — Prat. med. franc. 1924, N° 3.
- BAUVAIS (A.). — *Coexistence d'hématocèle et appendicite* (Paris 1925).
- BESANÇON. — *Inondation péritonéale en dehors des grossesses extra utérine.* — Thèse, Paris 1929.
- BLAVI (E. M.). — *Ovaria hématomata gyn. and obs.* 1923, XXXVII, p. 379, T. III.
- BAZY (Louis). — *Pachysalpingite hémorragique.* Rev. de gyn., T. XV, N° 1, Juillet 1910.
- DUHAIL (P.). — *Les hémorragies péritonéales d'origine ovarienne en dehors de la grossesse ectopique sem. des hôp. de Paris* 1925, T. 1, page 269.

- COUVELAIRE. — *Thèse*, Paris 1901.
- DAUPHIN. — *Travaux récents sur les grossesses extra-utérines*. — Progrès méd., Paris 1925, p. 1350, T. 37.
- FORGUE et MOLINE. — *Soc. Scienc. Méd. et Biol. de Montpellier*, 1^{er} Juillet 1927.
- FORGUE et MASSABUAU. — *Traité de Gynécologie*, 1916.
- GODLEWSKI. — *Hémorragie menstruelle ovarienne Sud Médical et Chirur.* — Marseille 1925, T. LVII, p. 2046.
- GODLEWSKI. — *Rupture d'un kyste hématique de l'ovaire consécutif à une grossesse ovarienne ancienne, avec fibrome concomitant*. Réunion obst. et gyn. de Montpellier, séance du 2 Avril 1934.
- ISRAEL (Léon). — *Am. Jo. of. obst. a gyn.* Janv. 1937. — *Hemoperitoine par rupture de l'ovaire non gravide*.
- JOYEUX (René). — *Contribution à l'étude de la chirurgie conservatrice en gynécologie. Etude de la vascularisation artérielle de l'ovaire*. — Thèse, Montpellier, 1936.
- KELLER. — *Diagnostic différentiel de la grossesse extra utérine*. — Bull. soc. d'obst. et Gyn. de Paris 1923, t. XII, II, p. 55.
- KNAUSS. — *Centrablat f. gyn.* juil. 36, an. 60, page 1643, N° 28.
- LANGMAN (Louis) et MYRON Gold Blait. — *Surg. gyn. a obst.* T. LXIX, 1939, p. 64.

- LAURENTIE. — *De l'intervention immédiate ou différée en cas de gestation extra-utérine.* — Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris 1923, T. XII, 10-614.
- MAEGHER. — *Am. j. of. obst. and gyn.* vol. 29, N° 4, Avril 1935. *Quand opérer dans les grossesses extra-utérines.*
- MATHIEU et CH. GUIBAL. — *A propos de la douleur tardive élevée dans la rupture de la gestation tubaire.* — Bull. soc. d'obst. gyn. de Paris 1924, VIII.
- MONDOR. — *Diagnostics urgents. Abdomen.* — Masson, Paris, 1930.
- PORTES et LEBLANC. — *A propos du diagnostic radiologique des grossesses ectopiques.* — Soc. Obst. Gyn. Paris, Mars 1930.
- POULIOT. — *L'hématocèle pelvienne d'origine ovarienne.* — Journ. med. Français, Paris 1925, XIV, p. 8.315.
- PAUCOT et DEBEYRE. — *Etude sur les grossesses ovariennes jeunes.* Ann. de gyn. et d'obt., T. X, Mars 1913, p. 129.
- FERRA (Christian). — *L'apoplexie ovarienne à propos de quelques observations nouvelles.* — Rev. Française de gyn. et d'obst. 1939, p. 64, T. XXX.
- PICAUD. — *Thèse, Marseille, 1935.*
- ROTH. — *Hémorragies abdominales d'origine ovarienne.* — La gyn., Paris 1927.

SARRONG et DEBOUCHER. — Inondation péritonéale par hémorragie de l'ovaire. — Bull. soc. d'obt. et de gyn. de Paris 1925, t. 16, p. 231.

TURMANN. — *Thèse*, Paris 1925.

VICHOLSON et SANG (H.U.) — *Gest. ovarienne* *Semana Med.* Buenos-Aayres, 1924, XXXI, 46, p. 1.117.

SERMENT

En présence de mes maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hypocrate, je promets et je jure au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à ma promesse. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre:

**Contribution à l'Etude
des Inondations Péritonéales par rupture
de grossesse ovarienne.**

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 3 Juillet 1942.

**Le Professeur,
MASSABUAU**

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 4 Juillet 1942

**Le Recteur,
J. SARRAILH.**

VU:

Montpellier, le 3 Juillet 1942.

**Le Doyen,
G. GIRAUD**

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

